



Nepal – ett vackert land med många utmaningar för befolkningen

Under september-oktober har två läkare varit på uppdrag på våra samarbetssjukhus i Nepal, Okhaldhunga Community Hospital och United Mission Hospital Tansen. Båda ägs av United Mission to Nepal. Här berättar de en del om sina spännande erfarenheter.



Ortopedi på United Mission Hospital Tansen

Nepal är ett mycket fattigt land och det genomsyrar verkligen den verksamhet man går in i. Många människor äger i princip ingenting, diskar på gatan, tvättar i brunnar med rinnande kallt vatten och bor i skjul. Med tanke på att sjukvård nästan alltid kostar pengar är det många i landet som i praktiken står helt utan. Vid Mission Hospital i Tansen, som drivs av United Mission to Nepal, kan vissa av de fattigaste ändå få hjälp via specifika fonder som socialarbetarna hjälper till med, men så är det inte på de flesta andra sjukhus. Naturen är vidunderligt vacker men också mycket svår för människorna. Vägarna är usla och transporttiderna långa. Att åka buss eller bil mellan Tansen och Katmandu (30 mil) tar 12 timmar och är dessutom farligt. Landet är oerhört kuperat och infrastrukturen undermålig.

Trauma och frakturer

På ortopedien i Tansen dominerar trauma stort bland de inläggande patienterna. Fotledsfrakturer, underbensfrakturer och frakturer i handled och underarm är vanliga och behandlas i princip som i Sverige. Fula handskador med frakturer och mycket omfattande sen- och sårskador är också mycket vanliga till följd av användning av allehanda maskiner, knivar och verktyg helt utan skyddsutrustning. Ofta är såren dessutom väldigt kontaminerade. Grundbehandlingen för handskadorna är stiftning av frakturerna och sedan sekundärsutur av sår och senor. Vanligt är också fall från hög höjd, oftast träd, då man klättrar högt upp för att skära kvistar med blad till djuren. Dessa skador ökar markant på hösten när tillgång till bete

avtar. Det händer också att äldre, ofta över 70 år, klättrar i träden och faller. Kotfrakturer är en skada till följd av denna aktivitet. Barnfrakturer är också mycket vanliga och behandlas med samma metoder som vi är vana, inklusive flexibla märgspikar på femurfrakturer. Svåra fotskador ses ofta till följd av användning av flip flops. Ofta bärs tunga bördor på smala branta vägar och stigar med dessa skodon.

Vad gäller behandling av frakturer är principerna liknande våra. För mindre frakturer används dock alltid om möjligt stiftning eftersom det blir billigast för patienterna. Alla plattor som finns förvaras i 2 pappkartonger på operation och dagen innan får man välja ut de man tror kommer att passa. Plattorna och PFN märgspik är indiska plagiat. Jag tycker de fungerade rätt bra, dessutom är priset bara en bråkdel av originalen.



Glöm inte att anmäla dig

till inspirations- och utbildningsdagarna 10–11 maj 2025 på Ädelfors Folkhögskola i Holsbybrunn. Den 11 maj hålls också årsmöte för Skandinaviska Läkarbanken. Anmälan görs på info@skandinaviskalakarbanken.se

Ett implantat som förtjänar att uppmärksammas är märke SIGN nail. Det är ett implantat som har utvecklats av en amerikan som ville se till att patienter i utvecklingsländer också fick tillgång till märgspikar. Spiken ser likadan ut för lårben, underben och överarm och den är lätt att sätta in (även för en proteskirurg). Den



är också utvecklad för att kunna sättas in utan röntgenomlysning. Det enda kravet för att få använda den är att det sker i utvecklingsland och att man registrerar sin användning. När 10 spikar har använts får kliniken 10 nya gratis och implantatet kostar således inget för patienten. I övrigt är de flesta instrumenten

slitna och skulle behöva bytas ut. Något som däremot fungerade mycket bra var röntgenomlysning som sköttes av duktiga operationsassistenter. Bilden var alltid perfekt. Det fanns också väldigt duktiga och erfarna anestesiasistenter som ofta sövde och lade spinalbedövning helt själva. Bytestiderna mellan operationerna var dessutom verkligen korta.

Infektioner efter rena kirurgiska ingrepp var förvånansvärt få med tanke på hygienens både på avdelning och operation, men så fick också i princip alla patienter kombinationsbehandling med stafylokock- och bredspektrumantibiotika intravenöst i flera dagar.

Effektivt arbetssätt

De ortopediska kollegorna var duktiga både kirurgiskt och teoretiskt. Vi var tre överläkare och tre underläkare (medical officers) på ortopedien. Arbetet är effektivt kanske delvis beroende på att inget är digitaliserat. När man går gemensam rond på morgonen görs i princip alla anteckningar, inklusive utskrivning, klart så att det är färdigt direkt efter rondan. Det finns också förtryckta papper för inskrivning, utskrivning, recept och läkemedel. Jag tycker att arbetssättet är smidigt, mindre tidsödande är hos oss, men kraven är lägre.

Standarden på själva avdelningen och operation är väldigt låg. I den stora ortopedsalen låg det 25–30 patienter, infektioner blandat med rena osteosynteser, huller om buller. Man har kvar alla patienter tills sårerna är torra vilket betyder betydligt längre vårdtider än hos oss. Jag upplever också att man inte alls mobiliserar patienterna lika raskt som vi gör vilket betyder att patienterna har mycket svårare att komma i gång. Detta var en av de få saker jag faktiskt försökte påverka, med visst gehör.

Alla patienter är beroende av anhöriga, mat serveras inte från sjukhuset. Ofta har patienterna flera anhöriga närvarande som också trängs på avdelningen. Under varje säng finns en träbrits där ibland flera personer sover.

Som överläkare som inte kunde språket var jag mest placerad på operation. Det tog några veckor att komma in i arbetet. Min inställning var att i möjligaste mån ta seden dit jag kom, men givetvis med vissa undantag. På några månader ska man dock inte tro att man kan åstadkomma några större förändringar. Ibland var jag placerad på mottagningen med en eller två medical officers. På en förmiddag såg vi ca 60 patienter. Alla kommer med sina tidigare journaler och bilder i handen (om de har några) vilket gör att arbetet går fort. Det fanns bara ett mottagningsrum för ortopedien och ofta hade vi både två och tre patienter samtidigt på rummet. Bokad mottagning fanns inte utan man fick hoppas att patienterna återkom ungefär när man hade sagt att de skulle återkomma.

Tansen Mission hospital är i de allra flesta fall slutstation för patienter som framför allt inte har råd att bli remitterade till Katmandu. Bara resan dit blir för dyr för att inte tala om själva vården. Detta gör att man är tvungen att slutbehandla komplicerade skador som ryggfrakturer med neurologisk påverkan och kombinationsskador som man egentligen borde remitterat. När vi visste att en sådan operation skulle göras dagen därpå granskade vi ofta olika operationsmetoder på YouTube. Vi lärde oss till exempel ett knep att slutet reponera ett avhoppat caput radii (i armbågen) på barn, att sätta skruvar i ryggen samt att operera komplicerade fotfrakturer.

Till nytta bland kompetenta kollegor

Sammantaget var jag med Nepals mått mätt på ett mycket väl fungerande sjukhus som också hade möjlighet att ta hand om de allra fattigaste. Den kollegiala stämningen var god och kollegorna kompetenta och de kan vara stolta över sitt arbete. Jag kände att jag kunde hjälpa till och avlasta kollegorna på ortopedien på ett bra sätt och kände att jag gjorde nytta.

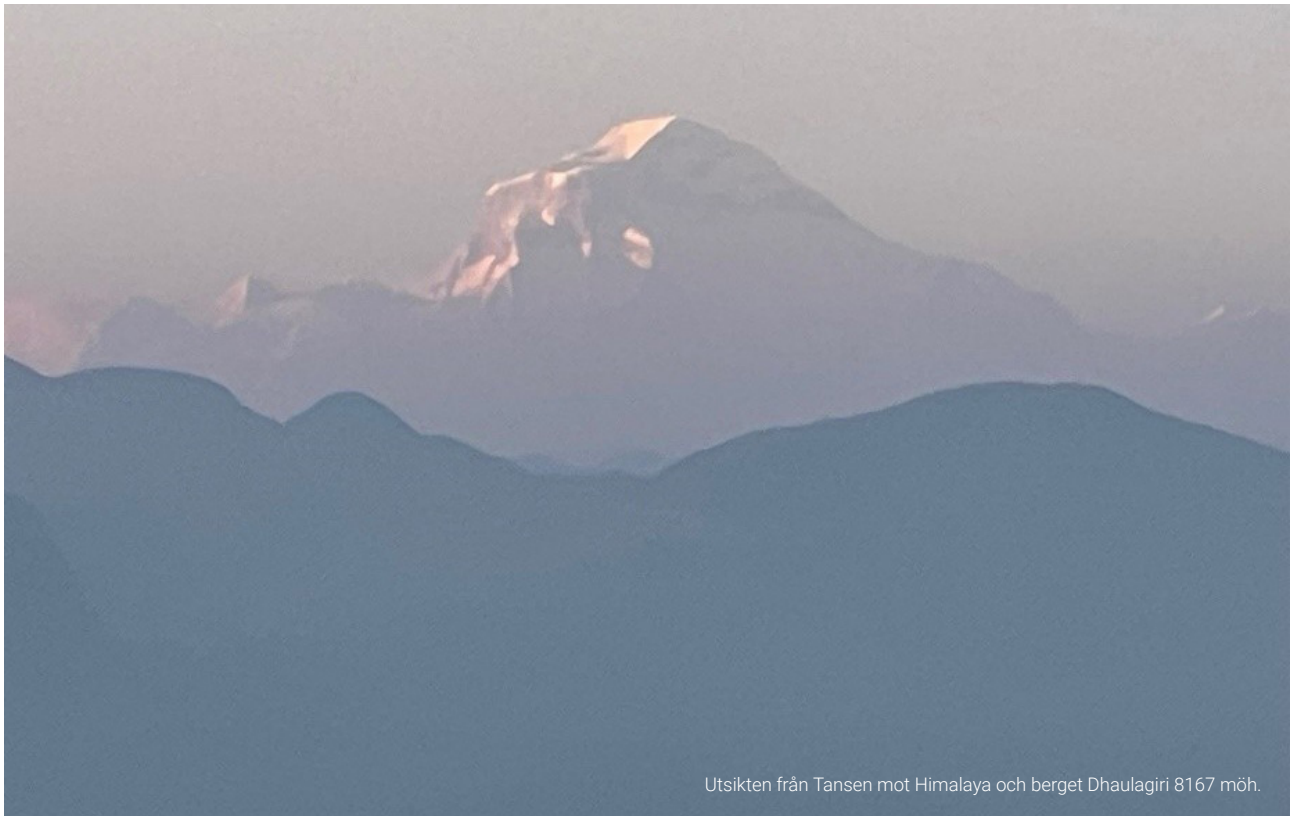
Eftersmaken är blandad, ett otroligt vackert och exotiskt land, men med oerhörd fattigdom och mycket lång väg kvar till att nå västerländska förhållanden. Det som etsat sig fast mest är den oerhörda utsattheten som det stora antalet extremt fattiga människorna lever under.

Jag vill tacka Skandinaviska Läkarbanken för möjligheten att få göra detta uppdrag. Det har varit intressant, lärorikt och givande på alla sätt. Bara att ordna med tillstånd, försäkringar och annat som man måste ha för att kunna jobba i Nepal är en vetenskap och den fick jag verkligen bra hjälp med.

Per Wretenberg,

professor i ortopedi,
Örebro Universitet





Utsikten från Tansen mot Himalaya och berget Dhaulagiri 8167 möh.

Jag har aldrig haft någon grupp som skrattat så mycket

Förlossningsvård på Okhaldhunga Community Hospital, Nepal

Under hösten 2024 var jag på uppdrag vid Okhaldhunga Community Hospital i östra Nepal. Det var första gången jag, som annars har min vardag på kvinnokliniken i Linköping, var ute på uppdrag för Skandinaviska Läkarbanken.

Många av er inom SLB känner till sjukhuset, men det gjorde inte jag. Jag blev så varmt emottagen och omhändertagen av alla jag träffade, och fick faktiskt ta emot mina tre första nepalesiska barn redan första kvällen efter vi kommit fram, så det var en bra uppvärmning. Det råder en väldigt god stämning på sjukhuset, med en personal som är nyfikna och väldigt diskussionsvilliga på alla språk som råkar vara tillgängliga – en härlig utgångspunkt.

Det som utan tvekan blev svårast för mig var de logistiska utmaningarna – sjukhuset ligger avlägset uppe i bergen



Den nyförlösta tvillingmammans Sara.

och det tar i vanliga fall 8 timmar med bil till de större sjukhusen i Katmandu.

Jag anlände i mitten av september, en period då monsunen brukar vara på sluttampen. Så var det dock icke i år, utan regnet fortsatte dag efter dag med oförminskad styrka. Efter två heldygn av intensivt regnande i början av oktober fick

vi veta att Katmandu var översvämmat, att den flod vi följt på väg till sjukhuset också var ordentligt översvämmad och hade dragit med sig kilometervis av vägen vi åkt på, och att det varit stora jordskred på grund av den våta, tunga jorden. Över 200 människor hade omkommit i olika ras och olyckor. De helikoptrar vi tidigare kunnat använda för patienttransporter till Katmandus sjukhus var upptagna med räddningsaktioner, så vi ombads att inte använda dem om det inte var absolut nödvändigt. Detta gjorde ju att vi i princip inte kunde skicka vidare svårt sjuka patienter, då helikoptrarna var upptagna och vägen var borta, så vi fick hantera de patienter som kom till sjukhuset med de resurser vi hade. De mindre vägarna norrifrån från Himalayaområdet till sjukhuset var dock far-



Husen blev hängande efter jordskred.

bara, så patienter kunde fortfarande ta sig till oss, vilket var skönt att veta. Samarbetet under denna period flöt på bra, alla sträckte sig extra, hjälptes åt och bidrog med det man kunde, vilket gjorde att vi med samlade kompetenser och en del kreativitet klarade att ta hand om de patienter som kom. Så småningom kunde en längre väg till Katmandu på 2 dygn öppnas, och efter ytterligare några veckor var transporttiden nere på en dag igen och helikoptrarna var åter lite mer tillgängliga.

Sjukhuskoordinatorm hade önskat att jag skulle hålla en kurs i akuta förlossningssituationer, och när det mesta annat kändes nytt och främmande så kändes i alla fall det som en överkomlig uppgift eftersom jag haft sådana kurser på hemmasjukhuset i dryga decenniet.

Vi hade gjort upp ett kursschema – alla som jobbade på förlossningen på sjukhuset skulle vara med, de som inte brukade jobba på förlossningen fick vara med om de ville. Både teori och praktik skulle ingå och det ingick också en del om teamarbete i akuta situationer och kommunikation. Så totalt fem heldagar, varav en full dag med fallsimuleringar i hela förlossningsteamet och med en förlossningsdocka som skulle finnas på plats.

För att inte någon sjukvård skulle gå om intet lades dessa fem utbildningsdagar till helgdagarna, något som ingen protesterade emot. Så vi pratade tvillingförlossningar, sätesförlossningar, sugklockeförlossningar och alla andra tänkbara förlossningar inklusive uteblivna förlossningar. Vi pratade kommunikation i stressiga situationer, säker överrapportering, hur man undviker missförstånd och



hur man vet vem som bestämmer i rummet. Vi tränade så många förlossningar och handgrepp på den stackars dockan att den började få sprickor i halsen. Vi diskuterade, testade, frågade, jämförde och resonerade logiskt och lite ologiskt ibland.

Sista dagen på kursen skulle vi ha teamträning, med läkare, barnmorskor och den tilltufsade förlossningsdockan på plats för träning av svåra fall. Detta hade de flesta inte varit med om tidigare, men man kastade sig in i låtsasförlossningen med hull och hår. Och jag har aldrig varit med om en sådan ljudnivå tidigare. När någon gjorde något bra applåderade man, när man kom på något smart tjoade man och när fallet var avklarat och dockan överlevt skrattade man och dunkade varandra i ryggen. Borde vi inte behandla varandra lite mer så på jobbet ibland?

Stort tack till sjukhusledningen i Okhaldhunga och till Skandinaviska Läkarbanken för att ha gett mig möjligheten till en sådan upplevelse, och för erfarenheten att se att gott samarbete fungerar på samma sätt överallt.

Sofia Pihl,
Gyn/Ob, Linköping



Stort tack för året som gått!

Tack till er som varit ute på uppdrag under året och bidragit till förbättrad hälso- och sjukvård vid våra samarbets-sjukhus. Tack alla medlemmar i föreningen och tack till styrelsen för gott arbete.



**Skandinaviska Läkarbanken
önskar er alla en riktigt
God och Fridfull Julhelg och
ett Välsignat Nytt År!**